

Langfeldt, Hans-Peter; Luys, Kerstin

## **Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern - eine Pilotstudie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 2, S. 36-41*



Quellenangabe/ Reference:

Langfeldt, Hans-Peter; Luys, Kerstin: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern - eine Pilotstudie - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 2, S. 36-41 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-27204 - DOI: 10.25656/01:2720

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-27204>

<https://doi.org/10.25656/01:2720>

in Kooperation mit / in cooperation with:

**Vandenhoeck & Ruprecht** 

<http://www.v-r.de>

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.  
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin  
U. Lehmkuhl, Berlin · M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen  
A. Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeber:  
Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel  
Redaktion: Günter Presting

42. Jahrgang / 1993

VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

# Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie

Hans-Peter Langfeldt und Kerstin Luys

### Zusammenfassung

Ziel dieser Pilotstudie ist es, Unterschiede zwischen Müttern mit an Neurodermitis erkrankten Kindern und Müttern mit gesunden Kindern hinsichtlich der mütterlichen Erziehungseinstellungen und des Familienklimas zu untersuchen. 25 Mütter mit chronisch kranken und 25 Mütter mit neu an Neurodermitis erkrankten Kindern (Durchschnittsalter 2.8 bzw. 2.4 Jahre), sowie 31 mit gesunden Kindern (Durchschnittsalter 1.9 Jahre) bearbeiteten einen „Fragebogen zur Diagnostik elterlicher Erziehungseinstellungen“, sowie Skalen des „Familienklima-Testsystems“. Einfaktorielle Varianzanalysen und kovarianzanalytische Kontrollverfahren ergaben, daß Unterschiede nur in bezug auf die „feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung“ bestehen. Mütter chronisch kranker Kinder sind feindseliger gestimmt als Mütter neu erkrankter und gesunder Kinder. Aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs kann die „feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung“ entgegen geläufigen Hypothesen nicht als Bedingung des Krankheitsausbruchs, sondern allenfalls als dessen Folge interpretiert werden. Die Namensgebung der Skala „feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung“ sollte korrigiert werden, da es sich inhaltlich weniger um aggressive Ablehnung als um Distanziertheit der Mütter durch Belastung und Erschöpfung handelt.

### 1 Einleitung

Neurodermitis gilt geradezu als die klassische psychosomatische (Kinder-)Krankheit. Psychische Bedingungen des Krankheitsausbruchs, des Verlaufes und gegebenenfalls der Therapie damit im Blickpunkt des Interesses. Aus psychoanalytischer Sicht kommt der Mutter-Kind-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu. Die Beziehungen von Müttern zu ihren an Neurodermitis erkrankten Kindern wurden bereits frühzeitig in psychoanalytischen Kategorien beschrieben (z. B. MILLER u. BARUCH, 1948; SPERLING, 1949; ROSENTHAL, 1952; DE GRACIAANSKY u. STERN, 1955; MARMOR et al. 1956; SPITZ, 1960; CERMAK u. SLANY, 1971).

Untersuchungsmethoden waren dabei vorwiegend tiefenanalytische Interviews und/oder projektive Testverfahren bei Müttern mit entsprechend erkrankten Kindern. Die durchgehende Interpretation läßt sich pointiert dahingehend zusammenfassen, daß die Einstellung der Mütter

zu ihren erkrankten Kindern sich durch Ablehnung oder Überbehütung kennzeichnen lasse. Überbehütung wurde teilweise als mütterlicher Wunsch nach Symbiose (z. B. bei RECHENBERGER, 1979; VOGEL, 1979) aber auch als kasschierte Feindseligkeit verstanden (z. B. bei SPITZ, 1960). Die Mütter werden als dementsprechend infantil und emotional unreif beschrieben.

In neuerer Zeit wird versucht, die psychoanalytischen Hypothesen über Ablehnung oder Überbehütung in quantitativen Untersuchungen durch den Einsatz psychometrischer Fragebögen zu überprüfen. Sie scheinen sich zu bestätigen. LIEDTKE (1987, S. 97) faßt zusammen, „daß den Müttern der Neurodermitis-Kinder eine eigenständige Auseinandersetzung ihres Kindes mit der Umwelt in aktiverer Weise weniger wichtig ist; sie sprechen in der Tendenz für eine ängstlich-besorgte, überprotektive und somit einengende Mutter mit einer oft symbiotisch bezeichneten Mutter-Kind-Beziehung“. Andererseits betonen RING u. PALOS (1986, S. 615), daß nur selten ausdrücklich ablehnende oder überprotektive Mütter zu finden seien. Sie könnten aber „in ihrer unspontanen Art ihre Gefühle oft nur distanziert oder über Pflegemaßnahmen ... oder materielle Geschenke ausdrücken“.

Diese Schlußfolgerungen sind jedoch wegen grundlegender Mängel der Untersuchungsdesigns nicht unproblematisch. Mängel liegen in

- der Stichprobenwahl: Überwiegend werden Mütter untersucht, deren Kinder sich in stationärer Behandlung befinden. Diese Kinder und deren Familien zeichnen sich durch eine längere Krankheitsgeschichte aus. Psychische Auffälligkeiten, sofern sie überhaupt beobachtbar sind, können durchaus eher Folge als auslösende Bedingung der Krankheit sein. Der Hinweis auf die „Erfahrung aus der klinischen Arbeit“ (LIEDTKE, 1987, S. 120), nach der solche Auffälligkeiten bereits vor der Erkrankung des Kindes bei der Mutter vorhanden sein sollen, reicht als wissenschaftliches Argument nicht aus. Weiterhin ist zu beachten, daß Kliniken mit ihren spezifischen Einzugsgebieten einen Selektionseffekt auf ihre Klienten ausüben. Solche Effekte mögen beispielsweise die von HEIGL-EVERS et al. (1976) aus der Universitätsklinik Göttingen berichtete Überrepräsentation der Mütter mit gehobenem Bildungsstand erklären. Höherer Bildungsstand braucht nicht ein Merkmal von Müttern mit Neurodermitis-Kindern zu sein, sondern kann ebenso gut ein Merkmal des spezifischen Krankenhaus-klientels sein.

- der *Stichprobenzusammensetzung*: In der Regel werden offensichtlich alle Patienten untersucht, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes die Klinik aufsuchen. Dies bewirkt eine große Altersstreuung der Patienten (vom Säugling bis zum Jugendlichen) und läßt außer acht, daß Mutter-Kind-Beziehungen sich in Abhängigkeit vom Alter der Kinder verändern können. Außerdem werden in die Stichproben häufig auch Patienten aufgenommen, die außer an Neurodermitis noch an weiteren Krankheiten der atopischen Trias (Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis) leiden. Wenngleich es medizinisch sinnvoll sein kann, diese Krankheiten als Facetten eines Syndroms zu betrachten, bedeutet ihre Zusammenfassung unter psychologischen Gesichtspunkten eine implizite ungeprüfte Hypothese. Die untersuchten Stichproben sind daher in der Regel als nicht hinlänglich homogen zu bezeichnen.
- dem *Mangel an angemessenen Kontrollgruppen*: Vielfach fehlen Kontrollgruppen überhaupt oder es werden eher ungeeignete Kontrollgruppen gebildet. Es reicht nicht aus, die Ergebnisse von Müttern mit Neurodermitiskindern etwa mit Normwerten aus Testmanualen (RING u. PALOS, 1986) oder mit Ergebnissen von Müttern mit andersartig erkrankten Kindern (LIEDTKE, 1987) zu vergleichen. Notwendig sind vergleichbare Kontrollgruppen von Müttern mit gesunden Kindern.

Aufgrund solcher grundlegenden Untersuchungsmängel müssen die Hypothesen über überbehütende oder feindlich-distanzierte Mutter-Kind-Beziehungen bei Kindern mit Neurodermitis weiterhin als empirisch unbestätigt gelten.

Aus familiensystemischer Sicht wird betont, daß sich die „pathologische Psychodynamik bei psychosomatischen Krankheiten keinesfalls auf eine ‚verarmte, unempathische Mutter-Kind-Beziehung‘ oder auf offene bzw. verdeckte (overprotective) Ablehnung des Kindes ... reduzieren läßt“ (OVERBECK, 1985, S. 394). Damit stellt sich die Frage, ob es „psychosomatische Familien“ mit spezifischen systemischen Charakteristika gibt.

MINUCHIN et al. (1975, S. 1031) sehen drei notwendige Bedingungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychosomatischer Krankheiten im Kindesalter:

- eine gewisse physiologische Vulnerabilität des Kindes;
- vier Charakteristika der Familieninteraktion: Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Starrheit und fehlende Bereitschaft zur Konfliktlösung und
- eine Involvierung des Kindes in die elterlichen Konflikte.

WIRSCHING u. STIERLIN (1985) glauben drei Prototypen psychosomatischer Familien identifizieren zu können:

- (1) Die gebundene Familie mit starrem und durch Überbehütung geprägtem Familiengefüge,
- (2) die gesplante Familie mit verschmelzenden Bindungen innerhalb und Abwertung zwischen den Familienlagern und
- (3) die Familie in Auflösung, die durch Isolation und schwere Konflikte gekennzeichnet sei.

Vermutlich aufgrund von Interviews ordnen die Autoren 29 Familien mit Kindern mit Asthma und/oder Neurodermitis diesen drei Familientypen zu (8:12:9). Die Schlußfolgerung, daß Familien mit Asthmatikern und/oder Neurodermitikern eher dem gesplanten Typ zuzuordnen sind, ist dennoch voreilig. Wie man sich leicht überzeugen kann, weicht die empirische Verteilung nicht signifikant von der Gleichverteilung ab ( $\chi^2 = 0.9$ ,  $df = 2$ ,  $p > .50$ ). Die Hypothese, daß in Familien mit an Neurodermitis erkrankten Kindern ein spezifisches pathogenes Beziehungsgefüge vorherrsche, ist demnach nicht bestätigt.

Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß die bisherigen quantitativ-empirischen Untersuchungen mit Mängeln so belastet sind, daß die Hypothesen über spezifische Mutter-Kind-Beziehungen oder spezifische Familiengefüge als Bedingungen für eine Erkrankung der Kinder an Neurodermitis nach wie vor offen sind. Aus dieser Einschätzung heraus ergeben sich die beiden Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung.

## 2 Fragestellungen

- (1) Unterscheiden sich Mütter von Kindern mit Neurodermitis von Müttern gesunder Kinder hinsichtlich ihrer Überbehütung bzw. Feindseligkeit?
- (2) Unterscheidet sich das Familienklima in Familien mit an Neurodermitis erkrankten Kindern von Familien mit gesunden Kindern hinsichtlich der Merkmale Verstrickung, Starrheit, Überfürsorglichkeit und fehlender Bereitschaft zur Konfliktlösung?

## 3 Methoden

Die Untersuchung wurde als schriftliche Befragung mithilfe psychometrischer Fragebögen geplant. Es sollten Mütter befragt werden, deren Kinder folgende Kriterien erfüllen:

- (1) möglichst kurze Krankheitsgeschichte „Neurodermitis“,
- (2) Erkrankung ausschließlich an Neurodermitis und nicht noch gleichzeitig an Heuschnupfen und/oder Asthma,
- (3) keine stationäre Behandlung,
- (4) Alter höchstens 5 Jahre,
- (5) deutsche Muttersprache.

Bei einer zweiten Gruppe von Müttern sollte eine längere Krankheitsgeschichte der Kinder vorliegen und im übrigen die Kriterien 2-5 erfüllt sein. Eine Kontrollgruppe von Müttern mit gesunden Kindern sollte die Kriterien 3-5 erfüllen. Damit stehen drei vergleichbare Gruppen zur Verfügung. Zwei Krankheitsgruppen: Mütter mit neu erkrankten Kindern und Mütter mit chronisch kranken Kindern, sowie eine Kontrollgruppe von Müttern mit gesunden Kindern.

### 3.1 Stichprobengewinnung

Um die Gruppe der Mütter neu erkrankter Kinder zu gewinnen, hatten sich 33 niedergelassene Kinderärzte und Ärztinnen in den Räumen Frankfurt, Würzburg und Nürnberg bereit erklärt,

entsprechende Fragebögen an solche Mütter auszugeben, bei deren Kindern sie selbst der erste Arzt waren, der zum ersten Mal die Diagnose „Neurodermitis“ stellte. Im Idealfall erhielt also die Mutter an dem Tag den Fragebogen, an dem sie zum ersten Mal mit der Diagnose konfrontiert wurde, füllte ihn am selben Tage aus und sandte ihn dann zurück.

Die Gruppe der Mütter chronisch kranker Kinder bestand aus Mitgliedern von Arbeitsgruppen und Elterninitiativen allergiekranker Kinder aus dem Raum Ansbach, Würzburg und Umgebung.

Die Kontrollgruppe der Mütter mit gesunden Kindern wurde über private Kontakte der Zweitautorin aus dem Raum Würzburg gewonnen.

3.2 Stichprobenbeschreibung

Die beiden Krankheitsgruppen umfaßten jeweils N = 25 Mütter, die Kontrollgruppe N = 31 Mütter. An demographischen Daten wurde von den Müttern ihr Lebensalter in Jahren, ihr Bildungsstand und das Alter der betroffenen Kinder abgefragt.

Das durchschnittliche Lebensalter der Mütter ist in Jahren:

- Mütter neu erkrankter Kinder: M = 31.8, SD = 5.4.
- Mütter chronisch kranker Kinder: M = 31.3, SD = 4.5.
- Mütter gesunder Kinder: M = 28.3, SD = 3.7.

Die relativen Häufigkeiten der Schulabschlüsse sind in Tabelle 1 zusammengefaßt.

Tab. 1: Relative Häufigkeit der Schulabschlüsse der untersuchten Mütter

	(1)	(2)	(3)
Hauptschulabschluß	16%	28%	13%
Mittlere Reife	48%	40%	26%
Hochschulreife	36%	32%	61%

(1) Mütter neuerkrankter Kinder (N = 25)

(2) Mütter chronisch kranker Kinder (N = 25)

(3) Mütter gesunder Kinder (N = 31)

Das durchschnittliche Lebensalter der Kinder ist in Jahren:

- neu erkrankte Kinder: M = 2.4, SD = 1.1.
- chronisch kranke Kinder: M = 2.8, SD = 1.2.
- gesunde Kinder: M = 1.9, SD = 0.9.

Die Stichprobenbeschreibung zeigt, daß die Kontrollgruppe sich von den beiden Krankheitsgruppen hinsichtlich des Lebensalters der Kinder und dem Bildungsstand der Mutter deutlich unterscheidet. Dies wird bei der Auswertung zu berücksichtigen sein.

3.3 Operationalisierungen

Die zu untersuchenden Merkmale der Mütter wurden mit Fragebögen erfaßt. Diese wurden auf der Grundlage bereits publizierter Verfahren ad hoc zusammengestellt. Mehr oder weniger umfangreiche Modifikationen waren notwendig, um die Itemformulierungen der Situation von Müttern mit kleinen Kindern anzupassen.

Zur Erfassung von Überbehütung bzw. feindseliger Ablehnung auf seiten der Mütter wurde auf den „Fragebogen zur Diagnostik

elterlicher Erziehungseinstellungen“ von LITTMANN u. KASIELKE in der revidierten Version von LUKESCH u. TISCHLER (1975) zurückgegriffen. In dieser Version umfaßt der Fragebogen vier faktorenanalytisch gewonnene Skalen. Ein großer Teil der Items mußte entsprechend dem Lebensalter der Kinder umformuliert werden. Die Itemsammlung wurde durch eigene Itemformulierungen erweitert. Die vier endgültigen Skalen der Erziehungseinstellungen lassen sich wie folgt charakterisieren:

- „Feindselig-ablehnende Erziehungshaltung“: Items dieser Skala bringen Mühen und Sorgen zum Ausdruck, die Eltern mit ihren Kindern haben können. Sie drücken Kühle und emotionale Ablehnung aus. (Beispiel: „Kinder zu haben, ist nicht immer eine Freude.“)

Die Skalencharakteristika in bezug auf die eigene Gesamtstichprobe (N = 81) sind: Itemanzahl n = 8, Cronbachs Alpha  $\alpha = .72$ , mittlere Trennschärfe  $r_{it} = .43$ .

- „Autoritäre Erziehungspraktik“: Die meisten Items zielen auf die Handlungsebene ab. Sie haben eine autoritäre Erziehungshaltung zum Inhalt. Demzufolge kann auch körperliche Bestrafung ein adäquates Erziehungsmittel sein. (Beispiel: „Gelegentliche Schläge sind bei der Erziehung überhaupt nicht zu vermeiden.“)

Die Skalencharakteristika sind: n = 11,  $\alpha = .84$ ,  $r_{it} = .55$ .

- „Mild-nachsichtige Erziehungseinstellung“: In dieser Skala kommt eine tolerante Erziehungseinstellung zum Ausdruck. Dem Kind wird ein großer Entwicklungsfreiraum zugestanden. In der Erziehung wird Wert auf Eigenständigkeit des Kindes gelegt. (Beispiel: „Ein Kind sollte ruhig viel spielen dürfen, erwachsen wird es noch früh genug.“)

Die Charakteristika sind: n = 10,  $\alpha = .78$ ,  $r_{it} = .48$ .

- „Überbehütende Erziehungseinstellung“: Diese Skala kennzeichnet eine Erziehungseinstellung, nach der der Freiraum des Kindes möglichst eingeschränkt werden sollte. Es kommt eine überbehütende Einstellung zum Ausdruck, die das Kind einerseits vor äußeren Schwierigkeiten bewahren will, andererseits aber keinen Widerstand zuläßt. (Beispiel: „Kinder sollten nie ein Geheimnis vor ihren Eltern haben.“)

Die Charakteristika sind: n = 17,  $\alpha = .80$ ,  $r_{it} = .42$ .

Um die Merkmale psychosomatischer Familien im Sinne von MINUCHIN et al. (1975) zu operationalisieren, wurden vier Skalen aus dem „Familienklima-Testsystem“ von SCHNEEWIND et al. (1985 a, b) ausgewählt und modifiziert. Die Skalen beschreiben Aspekte des Familienklimas aus Sicht der Mütter.

- „Zusammenhalt“: Diese Skala bezeichnet das Ausmaß der Familiensolidarität. Bei den Müttern umfaßt sie die Bereiche Bewußtsein des Zusammengehörigkeitsgefühls, Einsatzbereitschaft bei alltäglichen Verrichtungen, emotionales Aufeinander eingehen und demokratisches Familienklima. (Beispiel: „Bei allem, was wir zu Hause tun, sind wir mit Begeisterung dabei.“)

Die Skalencharakteristika in bezug auf die eigene Stichprobe sind: n = 6,  $\alpha = .74$ ,  $r_{it} = .51$ .

- „Kontrolle“: Diese Skala kennzeichnet die Verbindlichkeit von familieninternen Regeln. (Beispiel: „Bei uns gibt es feste Regeln, wie man bestimmte Dinge tun muß.“)

Die Skalencharakteristika sind: n = 8,  $\alpha = .70$ ,  $r_{it} = .40$ .

- „Leistungsorientierung“: In den Items dieser Skala kommen Wettbewerbsdenken und Leistungsorientierung der Familie zum Ausdruck. (Beispiel: „Wir halten viel vom Wettbewerb nach dem Motto ‚möge der Beste gewinnen‘.“)

Die Charakteristika sind: n = 7,  $\alpha = .48$ ,  $r_{it} = .29$ .

- „Selbständigkeit“: Damit soll das Ausmaß erfaßt werden, in dem sich die einzelnen Familienmitglieder bei der Verfolgung



ihrer eigenen Interessen frei fühlen dürfen und durch die anderen Familienmitglieder nicht eingeengt werden. (Beispiel: „Bei uns findet man es gut, wenn man möglichst wenig aufeinander angewiesen ist.“)

Die Charakteristika sind:  $n = 4$ ,  $\alpha = .63$ ,  $r_{it} = .46$ .

Alle Items mußten nach einem vierstufigen Modus (4 = stimme voll zu, 3 = stimme eher zu, 2 = stimme eher nicht zu, 1 = stimme gar nicht zu) beantwortet werden. Sie wurden im Fragebogen nach Zufall angeordnet.

### 3.4 Statistische Auswertung

Pro befragter Person und pro Skala wurden Punktschummen berechnet. Dabei mußten wenige Items umgepolt werden, so daß für „stimme voll zu“ der Punktwert 1 und für „stimme gar nicht zu“ der Punktwert 4 vergeben wurde. Man erhält damit für jede der acht untersuchten Variablen in jeder der drei Untersuchungsgruppen Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD).

Zur Hypothesentestung wurden pro Variable die Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Müttergruppen mit einfaktoriellen Varianzanalysen und anschließenden t-Tests geprüft. Wegen der Stichprobenungleichheit der Kontrollgruppe in bezug auf die Variablen „Alter der Kinder“ und „Schulbildung der Mutter“ wird ihr möglicher Einfluß auf die Ergebnisse der Erziehungseinstellungs- und Familienklima-Variablen kovarianzanalytisch kontrolliert. Zu den statistischen Verfahren siehe BORTZ (1985).

## 4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung sind in Tabelle 2 zusammengefaßt. Es zeigt sich, daß nur bei zwei der

insgesamt acht untersuchten Variablen signifikante Mittelwertsunterschiede auftreten. Bei den übrigen Variablen sind die Schwankungen statistisch nicht signifikant.

Ein *Zwischenergebnis* lautet damit, daß bei den Erziehungseinstellungen „mild-nachsichtig“ und „überbehütend“ keine Unterschiede zwischen den Müttern kranker und gesunder Kinder bestehen. Bei sämtlichen vier Variablen des Familienklimas („Kontrolle“, „Zusammenhalt“, „Selbständigkeit“ und „Leistungsorientierung“) bestehen ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Müttern.

Die feststellbaren Unterschiede hinsichtlich der Variablen „feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung“ und „autoritäre Erziehungspraktik“ werden durch die nachfolgenden t-Tests differenzierter geprüft.

Tab. 3: Signifikanzprüfung der Mittelwertunterschiede (t-Test für homogene Varianzen, zweiseitig) zwischen den Müttergruppen hinsichtlich der Variablen „feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung“ und „autoritäre Erziehungspraktik“

	Gruppe (1) gegen Gruppe (2)	Gruppe (1) gegen Gruppe (3)	Gruppe (2) gegen Gruppe (3)
feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung	t = 3.19 p = .00	t = 1.25 p = .22	t = 2.40 p = .02
autoritäre Erziehungspraktik	t = 1.27 p = .21	t = 1.16 p = .25	t = 2.60 p = .01

Gruppe (1) Mütter neuerkrankter Kinder (N = 25)

Gruppe (2) Mütter chronisch kranker Kinder (N = 25)

Gruppe (3) Mütter gesunder Kinder (N = 31)

Tab. 2: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Müttergruppen in den vier Skalen zu Erziehungseinstellungen und den vier Skalen zum Familienklima sowie die Ergebnisse (F, p) der univariaten Varianzanalysen

		Gruppe (1)	Gruppe (2)	Gruppe (3)	F	p
Feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung	M	21.0	24.7	22.5	5.63	.01
	SD	4.8	3.4	3.7		
Autoritäre Erziehungspraktik	M	23.2	25.2	21.3	3.08	.05
	SD	6.1	4.8	6.5		
Mild-nachsichtige Erziehungseinstellung	M	25.7	25.0	27.4	1.79	.17
	SD	6.0	4.8	4.1		
Überbehütende Erziehungseinstellung	M	30.9	31.3	28.5	1.37	.26
	SD	7.2	7.5	6.3		
Zusammenhalt	M	18.0	18.5	18.7	1.19	.31
	SD	3.7	3.3	2.9		
Kontrolle	M	17.4	18.1	16.7	0.41	.66
	SD	3.7	3.1	3.3		
Selbständigkeit	M	13.9	14.4	13.2	0.06	.94
	SD	2.6	3.3	3.0		
Leistungsorientierung	M	9.4	9.6	9.6	1.29	.28
	SD	2.1	2.6	2.2		

Gruppe (1) Mütter neu erkrankter Kinder (N = 25)

Gruppe (2) Mütter chronisch kranker Kinder (N = 25)

Gruppe (3) Mütter gesunder Kinder (N = 31)

Bevor die dargestellten signifikanten Unterschiede interpretiert werden, soll daran erinnert werden, daß sich die Kontrollgruppe der Mütter gesunder Kinder hinsichtlich der Schulbildung und dem Alter ihrer Kinder deutlich von den beiden Krankheitsgruppen unterscheidet. Ein möglicher Einfluß dieser beiden Variablen (Kovariaten) auf die Erziehungsvariablen wurde kovarianzanalytisch geprüft. Es zeigt sich nur ein signifikanter Zusammenhang zwischen der (vierstufig abgebildeten) Kovariaten „Schulbildung der Mutter“ und der Variablen „autoritäre Erziehungspraktik“.

Das Ergebnis der Kovarianzanalysen macht es notwendig, die Gruppenmittelwerte der Variablen „autoritäre Erziehungspraktik“ um den Einfluß der Kovariaten „Schulbildung der Mutter“ zu bereinigen. Die bereinigten Mittelwerte sind:

- Mütter neu erkrankter Kinder:  $M = 23.0$ .
- Mütter chronisch kranker Kinder:  $M = 24.8$ .
- Mütter gesunder Kinder:  $M = 21.9$ .

Diese Mittelwertsunterschiede sind nicht mehr signifikant. Wie der Vergleich mit den entsprechenden Werten in Tabelle 2 zeigt, verringern sich die Mittelwerte in den Krankheitsgruppen, während der Mittelwert in der Gruppe der Mütter mit gesunden Kindern ansteigt.

Alle anderen möglichen Beziehungen zwischen den Kovariaten und den Variablen sind nicht signifikant. Die Mittelwerte bezüglich der Variable „feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung“ bleiben so bestehen, wie sie in Tabelle 2 aufgeführt sind. Damit steht als Gesamtergebnis fest:

- (1) Zwischen den Müttergruppen bestehen nur Unterschiede in bezug auf ihre „feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung“. Diese Unterschiede lassen folgende Aussagen zu:
  - Mütter neu erkrankter Kinder sind *nicht* feindseliger gestimmt als Mütter gesunder Kinder (Tabelle 3, Gruppe [1], gegen Gruppe [3])
  - Mütter chronisch kranker Kinder sind feindseliger gestimmt, als Mütter neu erkrankter Kinder (Tabelle 3, Gruppe [1] gegen Gruppe [2]).
  - Mütter chronisch kranker Kinder sind auch feindseliger gestimmt, als Mütter gesunder Kinder (Tabelle 3, Gruppe [2] gegen Gruppe [3]).
- (2) Bezüglich der weiteren Erziehungsvariablen und den Variablen des Familienklimas bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Müttern kranker Kinder und solchen mit gesunden Kindern.

## 5 Diskussion

Die Ergebnisse können die Hypothese, daß die Mutter-Kind-Beziehungen und das Familienklima bei Familien mit an Neurodermitis erkrankten Kindern spezifische pathogene Charakteristika aufweisen, nicht bestätigen, wenn die Merkmale der Mütter und der Familien möglichst nahe am Zeitpunkt des Krankheitsbeginns erfaßt werden.

In keiner der untersuchten Variablen unterscheiden sich die Mütter neu erkrankter Kinder von denen gesunder Kinder. Sie sind weder überbehütender oder feindseliger, mild-nachsichtiger oder autoritärer als andere Mütter. Das Klima in den Familien mit Neurodermitis-Kindern ist, aus Sicht der Mütter, ebenso kontrollierend, zusammenhaltend, leistungsorientiert oder auf Selbständigkeit achtend wie in anderen Familien auch.

Dagegen ist festzustellen, daß bei Müttern mit chronisch kranken Kindern, die „feindselig-ablehnende Haltung“ stärker ausgeprägt ist, als bei Müttern mit neu erkrankten Kindern einerseits und bei Müttern gesunder Kinder andererseits. Wenn es einen kausalen Zusammenhang gibt, dann ist vom zeitlichen Ablauf her die „feindselig-ablehnende Erziehungseinstellung“ der Mütter nur als Folge und keineswegs als Bedingung des Krankheitsausbruchs zu interpretieren.

Da Namen von Fragebogenskalen im tatsächlichen Wortsinne nur Etiketten sind, sollte man mit einer Etikettierung der Mütter als „feindselig-ablehnend“ vorsichtig sein. Um einer solchen Etikettierung vorzubeugen, werden an dieser Stelle alle einschlägigen Items wiedergegeben. Sie lauten:

- „Alle Kinder können mitunter zu einer großen Belastung für ihre Eltern werden!“
- „Kinder, die dauernd etwas zu fragen haben, können ihren Eltern manchmal ganz schön auf die Nerven gehen!“
- „Kinder zu haben, ist nicht immer eine Freude!“
- „Alle Kinder gehen ihren Eltern auf die Nerven, wenn sie sie den ganzen Tag um sich haben müssen!“
- „Alle Eltern kennen die Augenblicke, in denen sie wünschen, keine Kinder zu haben!“
- „Eltern können gegen die Schwierigkeiten, die in der Kindererziehung täglich auf sie zukommen, nur wenig ausrichten!“
- „Die meisten Eltern zweifeln von Zeit zu Zeit daran, ob sie die Fähigkeit haben, ein Kind richtig zu erziehen!“
- „Manchmal wird man als Mutter unzufrieden, weil man auf vieles verzichten muß!“

Die Durchsicht der einzelnen Items zeigt, daß die ursprüngliche Namensgebung etwas unglücklich formuliert ist. Die Items beinhalten weniger aggressive Ablehnung als Distanziertheit der Mütter durch Belastung (Zweifel an der Fähigkeit erziehen zu können) und Erschöpfung („auf die Nerven gehen“). Die Skala spiegelt so eher die Einstellung wider, durch das Kind (die Kinder) psychisch belastet zu sein. Die psychische Belastung von Eltern durch die Krankheit ihrer Kinder kann bei Neurodermitis tatsächlich bedrohliche Ausmaße annehmen und an ihren Kräften zehren. Auf diesem Hintergrund wird das gefundene Ergebnis über die Zunahme ablehnender Erziehungseinstellungen im Verlaufe der Krankheit plausibel.

Obwohl für diese Studie, im Vergleich zu den bisherigen empirischen Untersuchungen, eine höhere interne Validität in Anspruch genommen wird, könnte sie noch verbessert werden. Eine bessere Parallelisierung der Stichproben wäre ebenso notwendig wie eine Verbesserung der Meßinstrumente. Dies ist die Aufgabe weiterer Forschung.

Die Untersuchung ging von häufig vertretenen psychoanalytischen und familiensystemischen Hypothesen aus.

Weder ließ sich eine krankheitsbedingende Mutter-Kind-Beziehung, noch ein krankheitsbedingendes Familienklima identifizieren. Folgt man dieser Interpretation, dann ist aus psychologischer Sicht eine Psychotherapie der Mütter, wie zuweilen angeraten (BIERMANN, 1969; CERMAK u. SLANY, 1971), nicht angezeigt. Vielmehr ist es notwendig, Müttern und selbstverständlich auch den Vätern, Bewältigungsstrategien zur Verfügung zu stellen, die ihnen eine psychisch angemessene Bewältigung der Krankheit ihrer Kinder erlaubt, die sie vor psychischer Überlastung und Erschöpfung schützt. Dies ist eine praktische Aufgabe, für die bislang noch wenig brauchbare Konzepte zur Verfügung stehen.

### Summary

#### *Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children - A Pilot Study*

To test hypotheses about pathogene relations in mother-child-dyads with children suffering from eczema, 25 mothers of children with acute eczema, 25 mothers of children with chronic eczema, and 31 mothers of healthy children (average age: 2.4, 2.8, and 1.9 years) were asked to answer a questionnaire concerning educational attitudes (aversive, authoritarian, tenderhearted, overprotective) and family's atmosphere (cooperative, controlled, achievement orientated, dependent). Analyses of variance showed only one significant effect. The results suggest that mothers of children in chronic state are more aversive than mothers of healthy children or mothers of children in acute state. Nevertheless, the mothers' aversion has to be interpreted as a consequence, not at all as an original cause of the disease. Furthermore the mothers' aversion seems to indicate a psychic exhaustion more than an aggressive education.

### Literatur

BORTZ, J. (1985): Statistik für Sozialwissenschaftler (2. Aufl.). Berlin: Springer. - BIERMANN, G. (1969): Die Mutter-Kind-Beziehung in der frühen Kindheit. Praxis der Psychotherapie, 14, 214-225. - CERMAK, I. & SLANY, E. (1971): Das Ekzemkind und seine Familie. Wiener Medizinische Wochenschrift, 121, 592-595.

- DE GRACIANSKY, P. & STERN, E. (1955): L'eczéma des nourrissons. Considérations psychosomatiques. Annales de Pédiatrie, 31, 2182-2186. - HEIGL-EVERS, A./SCHNEIDER, R. & BOSSE, K. (1976): Biographische Daten von endogenen Ekzematikern. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 22, 75-84. - LIEDTKE, R. (1987): Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Berlin: Springer. - LUKESCH, H. & TISCHLER, A. (1975): Überprüfung und Revision des Fragebogens zur Diagnostik elterlicher Erziehungsvorstellungen von E. LITTMANN & E. KASIELKE. München: Reinhardt. - MARMOR, J./ASHLEY, M./TABACHNICK, N./STORKAN, M. & McDONALD, F. (1956): The mother-child relationship in the genesis of neurodermitis. A. M. A. Archives of Dermatology, 74, 599-605. - MILLER, H. & BARUCH, D. W. (1948): Psychosomatic studies of children with allergic manifestation. I. Maternal rejection: a study of 63 cases. Psychosomatic Medicine, 10, 275-278. - MINUCHIN, S./BAKER, L./ROSMAN, B. L./MILMAN, T. & TODD, T. L. (1975): A conceptual model of psychosomatic illness in children. Archives of General Psychiatry, 32, 1031-1038. - OVERBECK, G. (Hrsg.) (1985): Familien mit psychosomatisch kranken Kindern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. - RECHENBERGER, I. (1979): Dermatologie. In: HAHN, P. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts (Bd. 9, S. 767-779). Zürich: Kindler. - RING, J. & PALOS, E. (1986): Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter II. Hautarzt, 37, 609-617. - ROSENTHAL, M. J. (1952): Psychosomatic study of infantile eczema. Pediatrics, 10, 581-592. - SCHNEEWIND, K. A./BECKMANN, M. & HECHT-JACKL, A. (1985 a): FDTs: Konzeption und Überblick. Bericht 1. (Forschungsberichte aus dem Institutsbereich: Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik). München: Universität, Institut für Psychologie. - SCHNEEWIND, K. A./BECKMANN, M. & HECHT-JACKL, A. (1985 b): Das FK-Testsystem, Testmanual. Bericht 8.1. (Forschungsberichte aus dem Institutsbereich: Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik). München: Universität, Institut für Psychologie. - SPERLING, M. (1949): The role of the mother in psychosomatic disorders in children. Psychosomatic Medicine, 11, 377-385. - SPITZ, R. A. (1960): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen (2. erw. Aufl.). Stuttgart: Klett. - VOGEL, P. G. (1979): Hautsinnerleben. Therapie der Gegenwart, 118, 46-65. - WIRSCHING, M. & STIERLIN, H. (1985): Psychosomatics I. psychosocial characteristics of psychosomatic patients and their families. Family Systems Medicine, 3, 6-16.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Hans-Peter Langfeldt, Institut für Pädagogische Psychologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Senckenberganlage 15, 6000 Frankfurt/M.; Dipl.-Psych. Kerstin Luys, Klinik Flachsheide II, 4902 Bad Salzungen.